



Departamento de Banca y Seguros de New Jersey

**CONSENTIMIENTO PARA REPRESENTACIÓN EN APELACIONES DE DETERMINACIONES DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE SU HISTORIA CLÍNICA EN DICHAS APELACIONES Y ARBITRAJES INDEPENDIENTES DE DEMANDAS**

**APELACIONES DE DETERMINACIONES DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN**

Usted tiene derecho a solicitar a su aseguradora, HMO u otra empresa que le brinde sus beneficios de atención médica (empresa aseguradora) que modifique su decisión de administración de utilización (Utilization Management, UM) si la empresa aseguradora determina que un servicio o tratamiento cubierto por el plan de beneficios de atención médica no es o no fue médicamente necesario. Esto se denomina una apelación UM. También tiene derecho a autorizar a un médico, hospital u otro proveedor de atención médica a que presente una apelación UM por usted.

Existen tres etapas en el proceso de apelación si usted se encuentra cubierto por un plan de beneficios de atención médica emitido en New Jersey. Etapa 1: La empresa aseguradora revisa su caso con un profesional de atención médica diferente del que primero revisó su caso. Etapa 2: La empresa aseguradora revisa su caso con un grupo de expertos capacitados en casos como el suyo. Etapa 3: Su caso se revisará a través del programa independiente de apelaciones de atención médica del Departamento de Banca y Seguros (DOBI) de New Jersey a través de una Organización Independiente Revisión de Utilización Independiente (IURO) que contrata profesionales médicos cuyas prácticas incluyen casos como el suyo. El proveedor de atención médica debe intentar enviarle una comunicación informándole su intención de interponer un recurso de apelación en cada etapa antes de la presentación.

En la etapa 3, el proveedor de atención médica comunicará su información médica y personal al DOBI, a la IURO y a los profesionales médicos contratados por esta entidad. Según lo que requiere la ley, la información debe mantenerse de manera confidencial. El DOBI debe elaborar un informe sobre las decisiones de la IURO; sin embargo, este informe no debe incluir información personal.

Usted tiene derecho a cancelar (revocar) su consentimiento en cualquier momento. Su consentimiento para la representación y divulgación de la información para la apelación de una determinación de UM caducará 24 meses después de la firma del consentimiento.

**ARBITRAJE INDEPENDIENTE DE DEMANDAS**

Su proveedor de atención médica tiene el derecho a someter ciertas demandas a un proceso de arbitraje independiente de demandas a través del DOBI. Para arbitrar las demandas, el proveedor de atención médica puede comunicar cierta información médica y personal al DOBI, la organización de arbitraje y los profesionales a cargo del arbitraje. La información debe mantenerse de manera confidencial. El DOBI presenta informes sobre los resultados del arbitraje, sin incluir información personal en los mismos. Su consentimiento para divulgar información en el proceso de arbitraje caducará 24 meses después de la firma del mismo.

**CONSENTIMIENTO PARA REPRESENTACIÓN EN APELACIONES UM Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN EN DICHAS APELACIONES Y ARBITRAJES DE DEMANDAS**

Yo,  marcando  (o ) y firmando a continuación, acepto:

- ser representado por  en una apelación de una determinación de UM adversa según lo permitido por la N.J.S.A. 26:2S-11 y acepto la divulgación de información médica personal al DOBI, a sus contratistas para el programa independiente de apelaciones de atención médica y a los contratistas independientes que revisan la apelación. Que mi consentimiento para la representación y la autorización para divulgar información caducará en 24 meses; sin embargo, puedo revocarlos antes de dicho período.
- divulgar información médica personal al DOBI, sus contratantes para el Programa de arbitraje independiente de demandas y a los contratantes independientes que se requieran para llevar a cabo el proceso de arbitraje. Mi autorización para divulgar información para fines de arbitraje de demandas caducará en 24 meses.

Firma: \_\_\_\_\_ Número de identificación de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Soy el paciente  Soy el representante personal (información de contacto al dorso)

\* Si el paciente es un menor o no puede leer y completar este formulario por incapacidad mental o física, un representante personal del paciente podrá completarlo.

**Proveedor de atención médica: El paciente o su representante personal DEBE recibir una copia de ambos lados/páginas de este documento LUEGO DE QUE LA PRIMERA PÁGINA haya sido completada, firmada y fechada.**



**Departamento de Banca y Seguros de New Jersey**  
**NOTIFICACIÓN DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA REPRESENTACIÓN EN**  
**APELACIONES DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN Y DE LA AUTORIZACIÓN PARA**  
**DIVULGAR SU HISTORIA CLÍNICA**

Usted puede, en cualquier momento, revocar el consentimiento que otorgó para permitir que un proveedor de atención médica lo represente en una apelación de una determinación de UM y para permitir la divulgación de su historia clínica al DOBI, la IURO y a los profesionales médicos que contrata la IURO. Puede utilizar este formulario para revocar su consentimiento o puede presentar otras pruebas por escrito que demuestren su intención de hacerlo, si usted así lo prefiere. En cualquiera de estas formas, si la empresa no le ha enviado una determinación de UM en la etapa 2, usted debe enviarle la revocación por escrito y firmada a la dirección mencionada en la notificación escrita que la empresa aseguradora le envió respecto a la determinación inicial de UM. Si recibe una determinación de UM en la etapa 2, su revocación debe enviarse a:

New Jersey Department of Banking and Insurance  
 Consumer Protection Services  
 Office of Managed Care - Attn: IHCAP  
 P.O. Box 329  
 Trenton, NJ 08625-0329

O por servicio de mensajería a: 20 West State Street O por fax al: (609) 633-0807

También puede enviar una copia de su notificación de revocación a su proveedor de atención médica.

**¡COMPLETE Y ENVÍE ESTE DOCUMENTO SÓLO SI DESEA REVOCAR SU CONSENTIMIENTO!**

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA REPRESENTACIÓN Y DIVULGACIÓN DE SU HISTORIA CLÍNICA EN APELACIONES POR DETERMINACIONES DE UM**

Por el presente revoco mi consentimiento para ser representado por Nombre del proveedor de atención médica y mi autorización para divulgar información médica en una apelación de una determinación adversa de administración de utilización. Comprendo que mediante la revocación del consentimiento, su proveedor de atención médica no continuará judicialmente la apelación UM. Comprendo que la presente revocación puede tener efecto luego de que mi información médica y personal haya sido comunicada al DOBI, la IURO y los profesionales médicos contratados por la IURO; sin embargo, no se continuará con la distribución de mi historia clínica en esta materia en base a mi autorización y todas las partes deben mantener confidencial mi información médica y personal.

Firma: \_\_\_\_\_ ID de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente  Soy el paciente  Soy el representante personal

**Información de contacto del representante personal**

Provea la siguiente información de contacto SI es diferente de la información de contacto del paciente:

NOMBRE EN LETRA IMPRENTA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**Proveedor de atención médica: El paciente o su representante personal DEBE recibir una copia de ambos lados/páginas de este documento LUEGO DE QUE LA PRIMERA PÁGINA haya sido completada, firmada y fechada.**